

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° 164

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre BUREAU

Né le 26 novembre 1907, à Saint-Louis (Sénégal)
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

QUELQUES COMPLICATIONS

DE

L'ACCOUCHEMENT

QUAND LE COL

EST REPORTÉ TRÈS EN ARRIÈRE

Président : M. JEANNIN, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre BUREAU

Né le 26 novembre 1907, à Saint-Louis (Sénégal)

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

QUELQUES COMPLICATIONS

DE

L'ACCOUCHEMENT

QUAND LE COL

EST REPORTÉ TRÈS EN ARRIÈRE

Président : M. JEANNIN, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	N...
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIÈVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophthalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
N.	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.

MM.

MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

M.A. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.	
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé....		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
LE CAPITAINE BUREAU
Tué à l'ennemi le 22 août 1914

A MA MÈRE

*A laquelle je dois tant.
En témoignage de ma profonde affec-
tion.*

A MA FEMME

A MES ENFANTS

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR C. JEANNIN

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté

En hommage de profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il a bien voulu m'accorder en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

LE DOCTEUR METZGER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Accoucheur de l'Hôpital Bretonneau

Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu m'inspirer ce travail
et m'a prodigué son enseignement, qu'il
veuille bien accepter ce témoignage de
ma reconnaissance, de mon respect et de
mon admiration*

A MON MAITRE

LE DOCTEUR JEAN MADIER

Chirurgien des Hôpitaux

*Que je prie de trouver ici l'expression
sincère de ma reconnaissance, de mon
dévouement et mon remerciement pour
l'intérêt qu'il m'a toujours témoigné.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

Monsieur le Professeur SERGENT

Monsieur le Professeur GOSSET

Monsieur le Docteur BABONNEIX

Externat :

Monsieur le Docteur GEORGES LABBEY

Monsieur le Docteur R. J. WEISSENBACH

Monsieur le Professeur ACHARD

Monsieur le Professeur agrégé LARDENNOIS

Monsieur le Professeur agrégé METZGER

A Messieurs les Docteurs LOUIS BAZY, ANDRÉ
RICHIARD, JEAN MADIER, chirurgiens des Hôpi-
taux ; BASCH ; HAMBURGER, médecins des
Hôpitaux ; MORLAAS, ancien chef de clinique.

A MES MAÎTRES DE CONFÉRENCES

Messieurs les Docteurs WALLICH, MERLE D'AUBIGNÉ, BERGOUIGNAN, BERTON, SEILLÉ, LEMAIRE, LONGUET.

*En remerciement pour leurs conseils
et l'aide précieuse qu'ils m'ont apportée.*

QUELQUES COMPLICATIONS
DE L'ACCOUCHEMENT
QUAND LE COL EST REPORTÉ TRÈS EN ARRIÈRE

Introduction.

Il n'est pas rare de trouver, au cours du travail, le col reporté plus ou moins en arrière.

Si ce report est très accentué, des complications peuvent survenir, qui ne sont pas négligeables.

La marche et la durée du travail sont troublées.

Sur les conseils de notre Maître, le Professeur agrégé Marcel Metzger, nous avons cherché à préciser l'évolution du travail chez ces parturientes.

Cette disposition peut être soit naturelle, soit consécutive à une intervention chirurgicale portant sur le corps utérin.

Nous avons réuni quelques observations portant sur ces deux éventualités.

Description.

Normalement, le col à la fin de la grossesse est situé sensiblement au centre de l'excavation ou un peu en arrière et parfois à gauche ; mais il est des cas où le col est reporté complètement en arrière, difficile à percevoir par le toucher.

C'est sur ces faits que nous voudrions insister : si le toucher ne permet pas de sentir le col au centre, on s'applique à le rechercher dans la partie toute postérieure de l'excavation. Il faut alors pratiquer le toucher comme pour établir la mesure du diamètre promonto-sous-pubien en glissant le doigt très en arrière, très haut en abaissant le coude au niveau du plan du lit.

Lorsque la femme est en travail, il faudra toujours penser à cette éventualité de rétro-déviation du col pour ne pas croire à une dilatation complète lorsqu'on ne perçoit pas le bourrelet cervical mais le segment inférieur aminci et tendu sur la présentation.

Nous allons essayer d'étudier :

La cause de cette déviation du col.

Ses conséquences et ses inconvénients au moment du travail.

Étiologie.

Nous ne parlerons pas des cas où la déviation du col est due à une tumeur praevia, un kyste de l'ovaire, un fibrome qui, par leur volume, refoulent directement le col.

Mais, le plus souvent, c'est une anomalie dans la situation de l'utérus : normalement, il est antéfléchi sur le col qui garde sa position à peu près centrale dans le vagin : mais si à l'antéflexion s'ajoute l'antéversion, le col bascule en arrière tandis que le corps se reporte en avant.

Ces déviations sont de deux sortes :

Les unes, spontanées ;

Les autres, chirurgicales.

Antéversions spontanées.

Dans l'antéversion spontanée, le col utérin fait hernie entre les grands droits de l'abdomen qui s'écartent distendus. Elle est liée à une faiblesse anormale de la paroi, faiblesse congénitale ou consécutive aux distensions des grossesses précédentes.

C'est dire que ces antéversions seront le fait des primipares à mauvais tissus et des multipares.

L'utérus de ces femmes se projette en avant en obusier, le ventre est en besace, retombant sur les cuisses, la peau est marquée de vergetures nombreuses.

Ce sont les cas courants.

D'autre part, beaucoup plus rarement, ces rétropositions du col sont en rapport avec les déviations de la colonne vertébrale. Les viciations de la ceinture pelvienne favorisent également la hernie du corps utérin hors de l'abdomen. Telle est l'antéversion due à la luxation congénitale de la hanche, à la coxalgie avec ankylose en flexion.

Ces lésions vont entraîner une lordose lombaire plus ou moins accusée qui réduit les dimensions antéro postérieures de l'abdomen et projette l'utérus en avant.

Le tassement du tronc en hauteur qui accompagne la cyphose et la scoliose raccourcit la hauteur de la cavité abdominale et oblige l'utérus à basculer en avant.

Antéversions d'origine chirurgicale.

Toutes les hystéropexies ont pour but de réduire la rétro-déviatiou utérine.

On intervient soit à cause des douleurs qu'accusent les malades, soit dans un but conceptionnel.

Comment vont se comporter ces utérus en état de gravidité ?

Après toutes ces interventions, le col est reporté en arrière jusqu'au devant du promontoire et deviendra donc, dans certains cas, une cause de difficultés au cours de l'accouchement (Metzger, *Accoucheur moderne*).

D'autre part, il se forme des adhérences de la paroi antérieure de l'utérus à la paroi abdominale qui deviennent une gêne à la distension d'une portion utérine au cours de la grossesse.

MM. Delbet et Caraven ont préconisé l'isthmopexie qui, d'après leurs observations, n'aurait aucune influence fâcheuse sur la grossesse. Cependant, les accoucheurs lui ont déjà reproché de donner un développement moins régulier de l'utérus, un travail plus laborieux.

Quelques observations recueillies par les soins de MM. Le Lorier et Mayer qui nous les ont aimablement communiquées, montrent que le col est rejeté en arrière et provoque une lenteur de travail très nette.

Rappel anatomique.

Pour bien comprendre les phénomènes qui vont accompagner la rétro-déviatiôn du col, il faut se souvenir de la formation et de la texture du segment inférieur, de ses rapports avec le col et le corps utérins.

Le segment inférieur forme une calotte évasée vers le haut qui apparaît au cours des trois derniers mois de la grossesse. La portion utérine correspondant à l'isthme se distend au moment où l'œuf devient trop considérable pour la capacité du corps utérin même modifié par la grossesse.

La limite supérieure est imprécise et discutée. Elle se situe environ au niveau de la zone décollable du péritoine. C'est là, le plus souvent, que l'on note un changement d'épaisseur de la paroi utérine.

La limite inférieure nette est formée, pendant la grossesse, par l'orifice interne du col. Au cours du travail, le col étant effacé, il n'y a plus qu'un canal cervico-segmentaire.

La hauteur du segment inférieur est en moyenne de 8 centimètres. Ses parois sont de faible épaisseur, 2 à 4 millimètres. L'antérieure est plus longue et

plus concave que la postérieure, disposition qui s'exagère encore dans les cas que nous envisageons.

Physiologiquement, l'ampleur du segment inférieur et sa limite supérieure, dépendent de la présentation et de son degré d'engagement.

Il se forme tardivement dans les présentations autres que le sommet.

Il s'accuse au cours du travail sous la poussée progressive de la présentation eutocique.

Constitution histologique.

D'après les travaux faits jusqu'à ce jour, il semble qu'il faille considérer le segment inférieur comme un organe musculaire. Les faisceaux de ce muscle, facilement dissociables, sont plus grêles que sur la partie supérieure et moyenne de l'utérus.

On y distingue deux sortes de fibres :

Des fibres longitudinales sur toute son étendue ;

Des fibres transversales à la limite supérieure, au niveau de l'anneau de Bandl ; à la limite inférieure, au niveau du col où elles forment comme un petit sphincter.

D'après Démelin, il n'y aurait pas de différences entre la texture du corps utérin et celle du segment inférieur et si l'aspect n'est pas le même, ce serait par suite de l'étirement que la paroi subit sous l'effet de la présentation. La preuve en serait dans la présence d'ondulations nombreuses des faisceaux longitudinaux.

Conséquences de la rétro-déviatio du col.

Sacculation du segment inférieur.

Dans tous les cas d'antéversion utérine, le segment inférieur va être déformé et présenter la forme d'un sac.

Cette sacculation est facilement reconnue au toucher.

La présentation est, en effet, profondément engagée et forme une masse volumineuse qui bombe au fond du vagin.

Le cul-de-sac postérieur est très profond, presque inaccessible au simple toucher digital. Le col sera alors situé extrêmement haut, en arrière, presque en regard du promontoire.

Dans ces circonstances, il est arrivé de penser à une dilatation complète du col, le segment inférieur aminci paraissant être la poche des eaux et faire une application de forceps sur la tête fœtale recouverte du segment inférieur. On a pu croire aussi à une oblitération complète du col et inciser le segment inférieur (Depaul).

Nous l'avons vu, il suffit d'y penser pour éviter cette erreur.

Dilatation du col. Dilatation en biseau.

L'utérus est formé de deux sortes de fibres musculaires. Les unes circulaires, les autres longitudinales.

« Les fibres circulaires se contractent sur le fœtus et ont tendance à l'énucléer, les fibres longitudinales agissent en sens inverse en tirant de bas en haut sur le col dans lequel elles se fixent; les unes et les autres aident ainsi la progression du fœtus en le déshabillant de son vêtement utérin » (Metzger).

D'autrepart, les fibres longitudinales vont exercer des tractions sur les bords du col dans le but de l'effacer, c'est-à-dire de l'incorporer au segment inférieur en lui faisant perdre sa longueur et, ensuite, de le dilater.

La dilatation du col serait donc liée presque uniquement à l'action de la contraction utérine.

Les cas de situation postérieure du col vont encore venir à l'appui de cette théorie. Lorsque le col est situé très en arrière, que la présentation est très engagée comme nous l'avons dit, elle vient appuyer et surdistendre la paroi antérieure du segment inférieur : suivant l'expression de notre maître, le Professeur agrégé M. Metzger, dans l'*Accoucheur moderne*, l'effacement va se faire en « biseau ».

La lèvre postérieure du col est en continuité avec la paroi postérieure de l'utérus, les fibres longitudinales allant du fond utérin au col, tout au moins chez les primipares, vont agir directement sur cette portion cervicale postérieure qui s'effacera d'abord très facilement.

Mais, au contraire, les fibres longitudinales aboutissant à la lèvre antérieure du col, vont être étirées, distendues à l'extrême au niveau du segment inférieur par la tête fœtale, fortement engagée. Il semble que les ondes musculaires se brisent à cet endroit et ne peuvent continuer leur chemin pour effacer la lèvre antérieure qui garde toute son épaisseur. Cependant, leurs contractions n'auront pas été inutiles, elles auront attiré le col vers le milieu de l'excavation.

L'effacement ne se fera franchement et la dilatation ne progressera qu'à partir de l'instant où le col sera revenu au centre de l'excavation ; mais ceci va, dans la plupart des cas, demander un temps assez long.

D'après nos observations, il ressort que cette évolution du col d'arrière en avant, se fait de deux façons différentes :

Tantôt, et c'est l'éventualité la plus fréquente, c'est au cours du travail proprement dit.

Les premières heures seront surtout consacrées à ce simple changement de position qui est nécessaire pour l'effacement total du col.

La durée de cette phase est parfois extrêmement longue : des heures de souffrance n'apportent, semble-t-il, aucune amélioration, puis, dès l'instant où le col est centré, la dilatation se précipite.

Tantôt, et ceci nous paraît particulièrement intéressant, c'est pendant les jours qui précèdent l'accouchement que s'effectue « le centrage du col »,

En effet, chez les femmes qui arrivaient à la maternité de Bretonneau, présentant des contractions utérines douloureuses, leur faisant croire à l'imminence de l'accouchement, l'examen montrait un col très postérieur qui n'avait aucun caractère permettant de parler de début de travail.

Les douleurs cessaient puis reprenaient après un laps de temps plus ou moins long. De nouveau, faux travail, et ainsi plusieurs fois de suite à quelques jours d'intervalle.

Les examens répétés après chacune de ces fausses alertes, nous ont permis de constater que le col était petit à petit revenu au centre de l'excavation. Quelques jours plus tard, ces femmes accouchaient normalement avec un travail franc, souvent rapide.

La poche des eaux ne semble pas avoir une importance bien considérable. Comme nous l'avons dit, la présentation est profondément engagée et dans ces cas, la poche des eaux est plate, donc inexistante (Metzger).

Étude clinique

Au point de vue clinique, nous voyons que dans un certain nombre de cas, ces accouchements vont devenir véritablement dystociques.

Nous devons d'ailleurs dire qu'il n'en est pas toujours ainsi et nous avons relevé plusieurs observations où tout semblait se passer normalement.

Nous allons envisager la marche du travail, les complications qu'il faut craindre lors du report du col en arrière.

En premier lieu, il faut noter, tout au moins pendant la première moitié de la durée du travail, des contractions douloureuses extrêmement violentes. Ces accouchées se plaignent de douleurs lombaires très vives et très pénibles.

Mais surtout, nous voulons insister sur le fait que « le centrage du col » se fait de deux façons différentes :

ou bien, nous l'avons déjà vu, c'est dans les jours qui précèdent l'accouchement, que le col revient en avant, sans qu'apparaisse ni effacement, ni dilatation, et ensuite on a affaire à des parties molles absolument normales ;

ou bien, ce qui est plus fréquent, c'est au cours même de l'accouchement. Dans ces cas, le travail se prolonge, les contractions très vives, irrégulières, n'ont qu'une action minime sur le col, puis, lorsque celui-ci arrive au centre de l'excavation, la dilatation se précipite et l'accouchement se produit normalement.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, il arrive que le muscle utérin se fatigue dans ce premier stade parfois fort long et, au moment où la dilatation devrait se poursuivre aisément, il se produit une inertie utérine qui empêche de terminer rapidement.

Dans tous les cas, où on pose le diagnostic de rétro-déviatiou du col, il faut en tenir largement compte pour évaluer la durée du travail.

En moyenne, il sera beaucoup plus long ; mais, nous le répétons, cela n'est pas absolument constant : nous avons vu se produire l'expulsion fœtale après un travail de courte durée, même chez des primipares.

Quoiqu'il en soit dans toutes les circonstances où le travail est laborieux, il ne faudra pas craindre de prescrire la morphine qui, laissant reposer la femme, n'interrompt pas la progression et le retour du col en position normale. Elle se fait alors avec un minimum de souffrance et cela permet ensuite d'avoir des contractions vigoureuses.

Incidents et complications

Des incidents et des complications peuvent survenir au cours de l'accouchement.

Nous avons déjà relevé :

L'intensité plus grande des douleurs qui sont, le plus souvent, très vives, très rapprochées et irrégulières.

La rupture prématurée des membranes est assez fréquemment observée. Cela ne gêne en rien, croyons-nous, la marche de la dilatation ; les observations d'accouchement avec ou sans rupture prématurée des membranes en montrent le peu d'importance dans ces cas de col en arrière.

Tantôt la poche des eaux est intacte et l'accouchement se prolonge, tantôt, avec une rupture de la poche des eaux, le travail est très rapide.

Pourtant, il faudra alors redoubler les précautions d'asepsie et il est bien certain que dans ces accouchements lents et pénibles, les risques d'infection amniotique sont importants.

Nous avons insisté déjà sur l'importance du défaut de dilatation du col par étirement des fibres longitudinales ; la dilatation se fait en biseau avec effacement de la lèvre postérieure et persistance de presque toute l'épaisseur de la lèvre antérieure.

Il est dans ces cas assez difficile de bien apprécier l'état du col ; on peut essayer de l'accrocher, de le ramener en avant pour apprécier l'état de la dilatation (Metzger).

Lorsqu'au toucher, on perçoit la lèvre antérieure non effacée, on évitera de confondre ce retard d'effacement avec l'œdème du col.

Cette erreur est d'autant plus importante à éviter que l'œdème du col complique fréquemment ces accouchements longs et pénibles et que le bourrelet œdémateux siège de préférence sur la lèvre antérieure.

Si l'on a suivi depuis son début la marche du travail, on n'aura pas à craindre une erreur de ce genre. D'autre part, un col œdémateux a une consistance particulière que l'on peut distinguer de la consistance normale.

S'il existe, il importe de reconnaître l'œdème dès son stade initial afin d'y opposer une thérapeutique préventive qui reste la plus efficace et surtout la moins grave.

C'est la lutte, le désaccord, « la dysharmonie » entre le col et le corps qui est la cause de cet œdème. Le col a mal répondu à l'invitation des

contractions utérines. Celles-ci deviennent irrégulières comme fréquence, comme douleur, comme valeur, le col s'est en partie effacé mais ne s'ouvre pas. Il est mince, tendu, douloureux. Il peut céder brusquement mais, le plus souvent, il s'épaissit au niveau de ses bords et il se forme un bourrelet de préférence sur la lèvre antérieure. Cette infiltration remonte plus ou moins haut sur le segment inférieur.

Quand le col arrive à cet état, il est indilatable. Il y a peu de chance pour que l'accouchement se fasse sans lésion.

A cette période d'œdème, les petits moyens sont peu efficaces ; il est difficile de rompre la bague d'œdème avec le doigt. Tout au plus pourra-t-on essayer, si la dilatation est presque complète, et qu'il reste seulement un bourrelet en avant, de repousser la lèvre antérieure œdématiée au-dessus de la présentation pendant un effort d'expulsion. En appuyant assez fort et progressivement, elle fuit brusquement vers le haut et la femme accouchera presque aussitôt. Mais le mieux, si l'œdème gagne, est d'inciser (Metzger, in *Accoucheur moderne*).

Une autre complication à redouter est l'inertie utérine. Elle apparaît assez fréquemment, le muscle utérin se fatigue dans sa lutte avec le col, il ne se contracte d'abord qu'irrégulièrement, puis le travail s'arrête avec tous ses risques d'infection amniotique.

Si la dilatation est complète, que la femme ne

pousse pas et que la progression foétale n'avance pas, on est amené à faire une application de forceps qui est un mode de terminaison très fréquent de ces accouchements.

A la délivrance, on peut observer des hémorragies qui ont une grande gravité, étant donné le manque de rétractilité utérine après un travail si long.

Dans les suites de couches, il existe parfois un retard de l'involution utérine.

De plus, dans les cas de rétro-déviatio*n* post-opératoire, on a noté :

La localisation d'une douleur vive au niveau de la cicatrice.

La rupture due à : l'amincissement extrême de la paroi postérieure de l'utérus (7 cas de Gorasse).

D'autre part, les adhérences étirées permettent la reproduction de la rétro-déviatio*n* utérine pour laquelle on était intervenu.

Conduite à tenir.

Au cours de la grossesse, on peut tenter de traiter la cause en faisant porter à la femme une ceinture ou mieux en lui conseillant le port d'une large bande de crêpe (25 cm.). On lui indiquera la manière de la mettre en la roulant autour du corps en position couchée. On lui recommandera de la remettre plusieurs fois dans la journée, si cela est nécessaire.

Au cours du travail, il faudra essayer de ramener le col en avant pendant les contractions. Avec l'index en crochet, on amarre le col et on l'attire en avant. Le plus souvent d'ailleurs, il n'y reste pas.

Si la dilatation est longue, pénible, se fait mal, on aura avantage, comme nous le disions plus haut, à suspendre momentanément le travail. Une injection de 2 centigrammes de morphine et au besoin 2 grammes de chloral administrés en potion ou en lavement permettront à la femme de reposer.

On sera étonné après une heure ou deux de calme, de constater que la dilatation a progressé, les contractions reprennent avec plus d'ampleur et de régularité pour obtenir, parfois, extrêmement rapidement, une dilatation complète et l'accouchement se terminera sans aucun incident.

C'est aussi à cette médication qu'on aura recours toutes les fois qu'il y aura menace d'œdème du col.

Lorsque le bourrelet d'œdème est apparu, les petits moyens sont inefficaces dans la majorité des cas, il faudra pratiquer une incision du col.

Quant à l'autre complication que nous avons envisagée, l'inertie utérine, elle peut être providentielle, amenant un temps de repos, mais si elle se prolonge et qu'il n'y ait aucune contre-indication, on pratiquera une injection d'extrait hypophysaire.

Si elle survient à la dilatation complète, on fera une application de forceps, intervention qui, nous le voyons, termine fréquemment l'accouchement dans nos observations de rétro-déviations du col. D'ailleurs, lorsque le travail a été long, on est heureux d'en terminer dès que la dilatation est complète : la femme et l'entourage le demandent depuis longtemps.

Après la délivrance, on surveillera avec grand soin l'accouchée et on lui fera, si besoin il y a, une injection d'ergotine.

Quant aux femmes présentant une rétro-déviations du col d'origine chirurgicale (hystéropexie directe) il faudra toujours craindre une complication redoutable, la rupture utérine et se mettre dans des conditions favorables pour intervenir à temps.

Dans tous les cas, étant donné la lenteur et la durée du travail, il faut redoubler les précautions d'aseptie afin d'éviter les complications infectieuses.

Observations.

OBSERVATION I

Mme B..., âgée de 27 ans, entre à la Maternité de Bretonneau le 17 février 1933, à 20 h. 15 pour contractions douloureuses et douleurs lombaires, survenues le même jour à 16 h. 30, apparaissant toutes les 5 minutes.

L'examen pratiqué à l'entrée montre un utérus antéversé qui remonte à l'appendice xyphoïde.

Au palper, la tête est en bas fixée. Le dos à gauche.

Au toucher, la présentation est très engagée, bombant dans le vagin. Le col est très en arrière, haut situé, presque en totalité effacé, excepté en avant. La dilatation est comme 2 frs. La poche des eaux bombe au moment d'une contraction.

Dans les antécédents obstétricaux, on note une fausse-couche de 4 mois 1/2 en 1930, pas de curettage.

A 23 h. 30, les douleurs sont extrêmement violentes et irrégulières. L'examen ne montre aucune modification appréciable.

Devant l'intensité des contractions qui deviennent subintrantes on pratique à 23 h. 55, une injection de 2 cgr. de morphine, qui laisse la femme reposer pendant 2 ou 3 heures.

Le 18 février, à 10 h. le col est alors presque entièrement effacé et revient vers le centre de l'excavation. La dilatation est environ comme 5 frs.

Les contractions sont intenses, l'utérus en état de tension permanente empêche l'auscultation des bruits du cœur.

On pratique à 10 h. 40, une première injection de spasalgine qui n'apporte aucune amélioration.

20 minutes plus tard, deuxième injection, puis troisième injection au même intervalle.

Aucune modification notable n'est observée.

A 16 h. 45 les contractions sont subintrantes, paraissant être excessivement pénibles.

A l'examen, le col est centré, dilaté comme 5 francs, mais un léger œdème du col apparaît qui oblige de recourir encore à la morphine (2 cgr.).

A 21 h. 15, les douleurs reprennent, la poche des eaux se rompt.

Le 19 février, à 2 heures, devant une nouvelle menace d'œdème, on refait 2 cgr. de morphine.

La femme repose jusqu'à 7 heures. Les douleurs reprennent alors, d'abord très violentes, puis s'espacent et se régularisent.

A 10 heures, la dilatation est à grande paume. Le col est souple et mince. La température monte à 39°4.

A 11 h. 15, dilatation complète. Position entre transverse et O. I. G. A.

A 11 h. 50, la femme fatiguée ne pousse pas, le travail s'arrête. On fait une application de forceps facile en O. I. G. A.

Expulsion d'un enfant vivant de 3.050 grammes et suivi de l'écoulement d'un liquide noirâtre, fétide.

On pratique une injection intra-ovulaire de liqueur de Tarnier.

A 12 h. 50, délivrance naturelle, complète. Placenta de 640 grammes.

Après la délivrance, hémorragie qui s'arrête après une injection d'ergotine.

Suites de couches : la température tombe rapidement.

En résumé, nous voyons donc qu'il a fallu 15 heures environ pour que s'effectue le retour du col au centre et la dilatation à 5 francs, puis par suite de la dysharmonie entre le col et le corps, survient un œdème du col qui oblige à arrêter le travail pendant de nombreuses heures.

Enfin, au moment où les contractions deviennent régulières, une inertie survient qui oblige à terminer par forceps.

A la délivrance, légère hémorragie.

OBSERVATION II.

Mme B..., âgée de 25 ans, secondipare, entre dans le service le 13 octobre 1932 à 18 heures pour contractions douloureuses intenses depuis le matin.

Antécédents obstétricaux : accouchement prématuré à 7 mois 1/2 en 1928.

A l'examen, on constate une antéversion utérine marquée.

La tête fœtale est en bas fixée.

Le dos à droite.

Au toucher, la tête bien engagée, bombe dans la partie antérieure du S. I.

Le col est très postérieur, non effacé, non perméable au doigt. Au bout de quelques heures, les douleurs s'espacent et s'arrêtent.

Le 16 octobre et le 19 octobre, reprise des douleurs sans aucune modification au col.

Le 21 octobre, après de nouvelles contractions utérines durant quelques heures, le col a gardé toute sa longueur *mais il est revenu au centre de l'excavation.*

Le 22 octobre vers 15 heures, le travail se déclanche.

A 20 heures, le col est effacé et dilaté comme 5 francs

Le 23 octobre, dilatation, petite paume. Rupture de la poche des eaux.

6 h. 15, accouchement spontané, normal. Enfant étonné, ranimé après aspiration des mucosités laryngées.

A 7 heures, délivrance naturelle complète.

En résumé, le centrage du col s'est fait pendant les jours précédents, à la suite de quoi le travail s'est produit dans des conditions normales et a été de durée moyenne, 16 heures.

OBSERVATION III

Mme E..., primipare de 20 ans 1/2, entre dans le service le 11 février 1933 à 4 heures pour contractions utérines douloureuses et douleurs lombaires survenues depuis la veille à 15 heures, d'abord toutes les 20 minutes, puis toutes les 10 minutes à partir de 23 heures.

Les dernières règles remontent au 20-24 avril 1932.

A l'examen, à l'entrée (4 heures) la femme étant debout, on constate que le ventre retombe en besace sur les cuisses. De très nombreuses vergetures sillonnent l'abdomen.

Au palper, l'utérus remonte à l'appendice xyphoïde.

La tête fœtale est en bas fixée, le dos à gauche.

Le col est situé très en arrière. La lèvre antérieure conserve son épaisseur, la lèvre postérieure est effacée (dilatation en biseau).

Le col est perméable au doigt.

La tête bombe dans le vagin. Sacculation très nette du S. I.

La poche des eaux est intacte.

A 15 heures, le col est toujours très postérieur, souple, la lèvre antérieure s'efface. La dilatation est à 1 franc.

A 21 heures, même dilatation mais la lèvre antérieure est complètement effacée et le col semble revenir en avant.

Le 12 février, à 3 h. 30, pas de modifications appréciables.

A 10 heures, le col est centré, la dilatation est à 2 francs environ. A 12 heures, à 5 francs.

Le travail se précipite et à 18 heures, la dilatation est complète. Rupture de la poche des eaux.

Mais une heure après la dilatation complète, la femme est fatiguée, le fœtus ne progresse pas et on décide de faire un forceps.

Délivrance naturelle.

Suites de couches normales.

En résumé, le retour du col en avant a demandé

32 heures environ puis la dilatation a progressé rapidement : en 6 heures, elle passait de 5 francs à complète.

Là encore, application de forceps pour lenteur d'expulsion après 40 heures de travail.

OBSERVATION IV

Mme G... A., 17 ans 1/2, primipare. Dernières règles du 14 au 20 mai. Entre à la Maternité de Bretonneau, le 18 février à 5 heures, pour contractions douloureuses.

Celles-ci ont débuté le 17, à 9 heures, très espacées et peu accusées au cours de la journée, elles sont progressivement, devenues plus pénibles et plus fréquentes au cours de la nuit.

A l'examen, la paroi abdominale semble de bonne qualité, pas de vergetures.

La tête est en bas engagée, le dos à gauche.

Au toucher, les parties molles sont très souples, le col est très en arrière, non effacé et perméable comme 1 franc.

La paroi antérieure du S. I. très distendue et revêtant la présentation, plonge dans l'excavation.

A 13 h. 30, le col est centré, complètement effacé. Dilatation à 2 francs.

A 17 h. 15, dilatation grande paume.

A 17 h. 20, rupture de la poche des eaux.

A 17 h. 50, accouchement spontané.

En résumé, chez cette primipare jeune, ayant de bons tissus, on voit, malgré la position très postérieure du col,

avec secculation du S. I., le travail s'effectuer avec une grande rapidité (12 h.) sans aucun incident.

OBSERVATION V

Mme F..., âgée de 22 ans, III.-pare. Dernières règles 23 au 28 avril 1931. La femme entre à la Maternité le 13 février à 7 heures. Les contractions douloureuses pour lesquelles elle se présente, ont débuté dans la nuit précédente à 22 heures.

Antécédents obstétricaux.

Deux grossesses antérieures. L'une en 1930 s'est terminée par un accouchement prématuré à 7 mois $1/2$. L'enfant n'a vécu que quelques heures.

L'autre en 1931, terminée à terme par un accouchement extrêmement rapide en 4 heures d'un enfant de 4 kgrs.

Le 13 février, à l'examen, le ventre est en obusier, la paroi de mauvaise qualité, couverte de vergetures.

La tête est en bas, bien engagée, le dos à gauche.

Au toucher, le col est très en arrière, la lèvre postérieure est partiellement effacée, l'antérieure garde toute sa longueur. Aucune dilatation.

A 21 heures, le col est revenu au centre de l'excavation, il est effacé et non dilaté.

Le 14, à 9 h. 30, on constate que le col est dilaté comme 5 frs., la poche des eaux est intacte. Les contractions sont rapprochées.

A 11 h. 30, le col est dilaté aux environs de petite paume. Puis les contractions s'espacent.

A 16 heures, pas de modification appréciable.

A 20 heures, un nouveau toucher donne les mêmes résultats.

Le 13 février, à 5 heures, même état. Les bruits du cœur sont bons.

A 18 h. 30, rupture de la poche des eaux.

A 18 h. 45, dilatation complète.

Une heure après, la tête n'ayant pas progressé, on fait une application de forceps.

A 19 h. 50, naissance d'un enfant pesant 3.550 grs.

A 20 h. 15, délivrance complète et spontanée.

Une légère hémorragie oblige à pratiquer une injection d'ergotine.

Suites de couches normales.

En résumé, on voit que les 25 premières heures de contractions n'ont fait que ramener le col au centre de l'excavation.

Puis 11 heures ont été nécessaires pour arriver à la dilatation petite paume. A ce moment, les contractions utérines se sont espacées.

L'inertie utérine est apparue nécessitant après 72 heures de souffrance, une application de forceps.

Enfin, on doit rattacher à cette inertie l'hémorragie survenue après la délivrance.

OBSERVATION VI

Mme G..., 23 ans, primipare, dernières règles du 5 au 8 mai, entre à la Maternité de Bretonneau le 6 février 1933, à 8 h. 30.

Elle a perdu les eaux à 21 heures, dans la nuit précé-

dente. Les contractions peu douloureuses et espacées ont débuté à 1 heure du matin.

Le 6 février, à l'examen, l'abdomen est couvert de vergetures, la tête est en bas fixée, le dos à gauche.

Au toucher, le col très en arrière et difficilement accessible, n'est aucunement modifié.

Le 7, à 9 h. 30, le col est toujours très en arrière sans aucune tendance à l'effacement.

Les contractions douloureuses persistent, survenant tous les 1/4 d'heure.

A 17 heures, le col toujours postérieur est en voie d'effacement, perméable comme 1 franc.

A 22 heures, le col parfaitement effacé, dilaté comme 1 franc.

Le 8, à 4 heures, le col revient un peu avant, la dilatation a progressé. Elle est à 2 francs.

A 8 h. 30, les douleurs lombaires sont extrêmement vives ; le col est très souple. Il revient nettement en avant. Aucune modification de la dilatation.

A 12 h. 30, le col est bien centré, bien effacé, la dilatation est stationnaire.

A 14 h. 30, dilatation 5 francs. Les douleurs très pénibles, de courte durée sont rapprochées et rendent l'auscultation difficile.

A 22 heures, dilatation à petite paume. Contractions plus espacées mais très douloureuses.

Le 9, à 5 h. 40, accouchement spontané d'une fille de 3.340 grammes.

Délivrance naturelle.

Suites de couches normales.

En résumé : on voit dans cette observation, que 60 heures de travail ont été nécessaires pour ramener le col au centre de l'excavation.

A partir de ce moment, le travail devient réellement effectif et 16 heures après, la femme accouche spontanément, les membranes étant rompues depuis 80 heures.

Pendant toute la durée du travail, les douleurs ont été très pénibles, prédominantes dans la région lombaire.

OBSERVATIONS VII A X

(dûes à l'obligeance de MM. Le Lorier et Mayer)

Obs. I. — Mme G..., 33 ans, est opérée dans le service du Professeur Delbet pour rétroversion utérine.

On pratique une isthmopexie.

Auparavant, deux grossesses normales terminées par des accouchements spontanés.

En 1932, troisième grossesse, examinée au 7^e mois à la consultation de la Maternité, grossesse normale.

A terme, on constate une paroi abdominale déficiente, des vergetures très étendues, une hernie ombilicale.

Pas de troubles vésicaux.

Le toucher montre un bassin normal. Le col est hypertrophié, présentant une déchirure à la commissure gauche allant jusqu'au fond du vagin. Mais surtout, le col est très en arrière, dévié à gauche.

Accouchement. Passage à la salle de travail, la dilatation est à 50 centimes. Le col est épais mais souple, rupture précoce des membranes.

La période de dilatation jusqu'à grande paume est de

32 heures. Les contractions utérines sont peu énergiques. Les douleurs sont surtout localisées à la région lombaire.

Application de forceps après incision du col pour modification des bruits du cœur.

Délivrance naturelle et complète.

Dans les suites de couches, la température s'élève à 38°5 le 5^e jour et redevient normale le 8^e.

Deux mois après l'accouchement, la femme est examinée par M. Leveuf, l'utérus est en rectitude, n'étant plus appuyé à la paroi abdominale. Disjonction des deux droits.

En résumé, lenteur du travail chez une III-pare, due à la rétro-déviati^on chirurgicale du col et aux mauvais tissus.

L'utérus n'est plus en antéversion deux mois après l'accouchement par distention des adhérences, mais revient en arrière.

Obs. II. — Primipare de 27 ans, ayant eu en mai 1931, une isthmopexie faite à l'hôpital Cochin par M. Leveuf.

Elle entre à la maternité de Port-Royal pour rupture des membranes.

L'examen montre une présentation longitudinale. La tête est en bas engagée.

Au toucher, le col est situé très en arrière. Il est perméable comme 50 centimes, ses bords sont minces.

Une heure après, les contractions douloureuses débutent.

Au bout de 49 heures de travail, la dilatation est au voisinage de complète.

La température monte à 38°1.

Après une heure d'efforts expulsifs, la tête ne progressant pas, la femme étant fatiguée et fébrile, on fait une application de forceps. Extraction d'un enfant vivant de 2.920 grammes.

Délivrance normale.

Suites de couches apyrétiques.

En résumé, dans cette observation, travail lent et pénible imputable à la situation postérieure du col d'origine chirurgicale.

OBS. III. — Mme H..., âgée de 37 ans, est opérée en 1931 à la Pitié par le Professeur Lenormand. Ligamentopexie par le procédé de Doléris. Amputation du col par le procédé de Schrader.

Antécédents : 3 grossesses antérieures.

En 1932, quatrième grossesse.

Examinée au huitième mois à la Pitié, on trouve un col dilaté à 1 franc et la femme est considérée en travail alors que les contractions douloureuses ne sont pas apparues.

Entrée à la Maternité, on fait la même erreur en raison de l'état du col.

L'utérus est antiversé, la paroi abdominale médiocre.

La tête non engagée déborde le plan de la symphyse.

Le col est largement ouvert comme 1 franc. Les bords ne sont pas effacés, épais et mous.

L'orifice cervical regarde directement en arrière. Les membranes sont intactes.

Au palper mensurateur, la tête plonge dans l'excavation. Bassin large.

L'anomalie du col est double, d'une part largement béant (amputation) et d'autre part dirigé en arrière (ligamentopexie).

L'accouchement a lieu à terme après rupture prématurée des membranes.

Le retour du col en avant et la dilatation durent 7 heures.

Expulsion spontanée d'un enfant de 3.960 grammes.

Suites de couches apyrétiques.

Examen le onzième jour : l'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Le col dirigé en arrière est à peine saillant dans la cavité vaginale.

En résumé, accouchement rapide avec moignon de col rétrodévié mais sans sacculaton du segment inférieur.

La rupture précoce des membranes n'a pas eu d'influence.

OBS. IV. — Mme C..., primipare de 29 ans, subit en 1929 dans le service du Professeur Cunéo (M. Mayer) une ligamentopexie suivant le procédé de Doléris.

Nouvelle intervention en 1931 par M. Pauchet qui libère les adhérences entre colon sigmoïde, et péritoine pariétal.

Examen pendant la grossesse (Maternité).

Utérus de forme normale.

Au toucher, bassin normal, tête très engagée, le col est reporté très en arrière, non effacé, saillant.

Accouchement.

Période de dilatation 39 heures, rupture des membranes à dilatation complète.

Accouchement artificiel par forceps en raison de l'intervention récente.

Pendant les suites de couches apparaissent des crochets fébriles, abcès de fixation. Guérison.

En résumé, accouchement après ligamentopexie, col très en arrière.

Le travail est très long malgré les membranes intactes.

Forceps indiqué par la date récente de laparotomie.

Conclusions.

Des observations que nous avons relatées au cours de ce travail il nous semble logique de conclure à l'importance qu'il faut attacher au report du col en arrière au moment de l'accouchement.

Il peut se créer une véritable dystocie.

C'est une disposition relativement fréquente.

Elle se rencontre :

chez les primipares dont les tissus sont défectueux ;

chez les multipares dont les grossesses antérieures ont distendu la paroi abdominale.

Dans tous les cas, elle est en relation avec une antéversion du corps utérin.

D'autre part, on la rencontre à la suite de certaines opérations chirurgicales.

Au cours de l'accouchement, cette situation particulière du col peut n'avoir qu'une légère influence sur le travail :

Soit que le col se centre rapidement ;

Soit que son retour à la position normale se soit fait dans les jours qui précèdent par une

série de contractions douloureuses qui ne déclanchent pas le travail.

Mais dans le plus grand nombre des cas, cette situation particulière du col occasionne un travail plus lent et plus pénible que normalement.

La dilatation du col se fait de façon irrégulière et progresse difficilement. La lèvre antérieure tarde à s'effacer. Il se produit une « dilatation en biseau » (Metzger).

Les contractions utérines agissant mal sur la lèvre antérieure il se crée une dysharmonie entre le corps et le col utérin. Celle-ci favorisera l'apparition de l'œdème du col.

D'autre part, le corps utérin se fatigue dans cette lutte contre le col, les contractions, d'abord irrégulières, peuvent s'arrêter.

C'est alors l'inertie utérine avec ses dangers d'hémorragie lors de la délivrance.

Enfin, la longue durée du travail favorise l'apparition de l'infection.

Le report très marqué du col en arrière peut donc être une cause de dystocie dont il y a lieu de tenir compte.

Vu : le Président de la thèse,
JEANNIN.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Brindeau et Commandeur (F.).* — La pratique de l'Art des accouchements, t. III, la dystocie, p. 211 et 212.
- Delbet et Caraven.* — De l'hystéropexie isthmique (Revue de gynécologie et de chirurgie, 1908, p. 71).
- Démelin.* — Œdème secondaire du col dû à l'obliquité utérine. Hystéropexie (L'Obstétrique, 1896 et Journal des Praticiens, 1922).
- Depaul.* — Oblitération du col et incision S. I. dans la sacculation antérieure.
- Gorasse.* — Hystéropexies. Thèse de Paris, 1910.
- Lantuéjoul.* — Ce que l'on doit entendre par segment inférieur (Leçon du jeudi soir de la Clinique Tarnieu, année 1928).
- Metzger.* — L'Accoucheur moderne. Dilatation du col (Leçon du jeudi soir de la clinique Tarnieu, année 1928).
- Rosner.* — Hystéropexies préventives avant l'accouchement. Gynécologie obstétrique, 1922.
- Villeneuve.* — Hystéropexies. Thèse de Toulouse, 1899.

